

(生活保護世帯・無保険者)

[illegible]

市提出用

実施医療機関名

様式3号

別府市生活習慣病健診料請求内訳

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、令和     年     月分別府市生活習慣病健診委託料として

内     訳		件   数	単   価	金   額
診  査  料	必須項目	件	8,052円	円
	詳細項目(心電図) 74歳以下	件	1,324円	円
	詳細項目(貧血) 74歳以下	件	214円	円
	詳細項目(眼底) 74歳以下	件	570円	円
合     計		円		
添付 書類	1	生活習慣病健診請求明細書(様式2号)		枚

上記のとおり請求します。

令和    年    月    日

別府市医師会長    殿

実施医療機関名

\_\_\_\_\_ 印

・実施医療機関で作成して、医師会に1部提出する。